

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

POUR

N°

322

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mademoiselle S. SAPOGENIK

Née à Odessa (Russie), le 22 décembre 1885

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

Pathogénie et du Traitement

de la

Migraine Ophtalmique

MIGRAINE OPHTALMIQUE THYROÏDIENNE

Président : M. ROGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

322

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(MENTION MÉDECINE)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mademoiselle S. SAPOGENIK

Née à Odessa (Russie), le 22 décembre 1885

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

Pathogénie et du Traitement

de la

Migraine Ophtalmique

MIGRAINE OPHTALMIQUE THYROÏDIENNE



Président : M. ROGER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. LANDOUZY.

Professeurs

Anatomie	MM. NICOLAS.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	GILBERT BALLET.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR.
	PINARD.
Clinique gynécologique	Bibemont-Dessaigues.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
Clinique thérapeutique	KIRMISSON.
	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LÉPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBÉ	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBRE COURT	TRIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECLÈNE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DES HÔPITAUX

MONSIEUR SIREDEY

Médecin de l'Hôpital St-Antoine

MONSIEUR MARIAN

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Nous remercions particulièrement

MONSIEUR LE D^r LÉOPOLD LÉVI

C'est lui qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et sans son précieux concours il nous aurait été difficile de mener à bout ce travail.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

(in memoriam)

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MA SŒUR RACHEL

A MON FIANCÉ M. LE D^r J. BOULERMANN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En le remerciant pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant
d'être président de notre thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION, HISTORIQUE ET DÉFINITION

Dans ce travail, nous nous occuperons exclusivement de la migraine ophtalmique dite idiopathique et nous laisserons de côté la migraine ophtalmique symptomatique, qui s'observe au cours d'une maladie générale (paralysie générale par exemple), de même il ne sera pas question dans ce travail de la migraine ophtalmoplégique.

La migraine ophtalmique est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit. Si la clientèle d'hôpital ou même privée n'en offre pas beaucoup d'exemples, c'est uniquement, comme le fait justement remarquer M. le Dr Bouquet, parce que les sujets qui en sont atteints, rassurés par la brièveté commune des accès, comme par le peu de sévérité des signes consécutifs, ne s'inquiètent pas trop de leur maladie; c'est seulement quand les accès durent trop longtemps, quand les troubles que ces accès engendrent montrent une certaine importance que les malades viennent consulter le médecin.

La rareté relative de la migraine ophtalmique tient encore à ce que, la maladie n'étant pas encore très bien connue, on laisse souvent passer cette affection sans la diagnostiquer.

En assistant à la polyclinique H. de Rothschild à la consultation de M. le D^r Léopold Lévi depuis bientôt un an, nous avons vu combien cette affection est fréquente et nous nous sommes rendus compte, en même temps, que la thérapeutique de la migraine ophtalmique a trouvé une grande ressource dans le traitement opothérapique. C'est surtout dans ce sens que notre travail sera dirigé.

Nous avons suivi la discussion qui s'est engagée à la Société thérapeutique entre MM. Hirtz, Leven, Robin, Bardet et Léopold Lévi sur le rapport que M. Bouquet a fait sur la migraine ophtalmique, et nous nous réservons de faire ça et là quelques emprunts à ce dernier travail.

La migraine ophtalmique est connue depuis presque deux siècles ; le premier auteur en date semble être Abraham Vater, élève de Ruysch et professeur à Wittenberg, qui, en 1733, a fait une description partielle de cette maladie. Puis viennent avec plus de précisions les travaux de Pierry (1831), Brewster (1865) et encore, plus récemment, les importants travaux de Feré, Charcot, Siegrist. Mais c'est surtout dans ces dernières années que la question fut mise au point. Parmi les auteurs contemporains, citons MM. Antonelli, Hirtz, le professeur Robin, Bouquet, Léopold Lévi. Ce dernier

auteur, qui a fait beaucoup de travaux sur la migraine dans ses rapports avec les glandes endocrines, a consacré un travail récent à la migraine ophtalmique thyroïdienne.

Mais déjà Consiglio a publié en 1904 un cas tout à fait démonstratif de migraine ophtalmique transformée depuis 26 mois par le traitement thyroïdien.

Gordon, de son côté, dans un travail sur le traitement de la migraine thyroïdienne et de l'épilepsie, a cité un cas de migraine ophtalmique très amélioré par le traitement thyroïdien.

Nous donnerons d'abord la description classique de la migraine ophtalmique, puis nous ajouterons quelques remarques qui nous sont personnelles.

Cédons la place à M. Bouquet et citons le passage suivant de son rapport qu'il a fait à la Société de thérapeutique.

« Je suppose le sujet en question en train de travailler ; de lire, par exemple. Il est en parfaite santé. Tout à coup du texte qu'il lit, une lettre disparaît, remplacée par une tache plus ou moins blanche. Naturellement, s'il porte la vue autre part que sur son livre, la tache, cette espèce de *punctum cæcum*, suit son regard. Quelques instants plus tard, la tache est remplacée par un petit angle lumineux. A celui-ci vient s'en ajouter un second, puis un troisième, un quatrième, ainsi de suite, de façon à constituer une figure assez géométriquement régulière, que l'on a comparée à un plan de fortification. Cette figure est lumineuse, surtout, comme il convient,

dans l'obscurité ou sur un fond peu éclairé et constitue le scotome scintillant. Elle n'est pas immobile, mais agitée et scintillante ; en son centre, des ondes, lumineuses aussi, se meuvent incessamment. Les lignes du scotome sont simples parfois, le plus souvent doubles ou triples, des lumières diverses en colorent les contours.

Au demeurant, pour un observateur impartial, le spectacle serait vraiment curieux et on aurait là une sorte de petit feu d'artifice intime qui ne serait pas sans beauté.

A mesure qu'il se développe et se complète, le scotome s'agrandit, quitte le centre de la vision pour gagner lentement la périphérie. Soudain il atteint les limites du champ visuel et il disparaît, laissant à sa place des ondes qui persistent quelque temps encore, puis une certaine incertitude de la vision, un peu de paresse intellectuelle et, enfin, un point de migraine aigu, localisé à la région temporale opposée au côté où la figure lumineuse est apparue. Cette migraine, le lendemain, passe inaperçue, mais une secousse, un accès de toux, un mouvement brusque de la tête, un éternuement viennent parfois montrer qu'elle est toujours latente. Cela dure deux ou trois jours. L'accès, par lui-même, a une durée de vingt minutes à une demi-heure. Voilà la forme typique de la migraine ophtalmique.

Quelques auteurs, et notamment ceux qui considèrent cette affection comme caractéristique d'une épilepsie larvée, ont décrit une aura qui précéderait l'apparition du scotome. Cette aura, à mon avis, n'existe pas. Ce qui a pu faire croire à sa réalité, c'est que le scotome n'est

pas toujours le premier symptôme visuel de la migraine ophtalmique. Parfois il est précédé (comme souvent il en est suivi) d'une certaine incertitude visuelle, des phénomènes d'hémiopie même, lesquels sont fréquemment un peu vagues. Mais le malade ne s'y trompe pas. Inconsciemment peut-être, il reconnaît dans ces phénomènes l'approche de son mal et il en ressent une impression désagréable, comme une angoisse que ses descriptions imparfaites ont fait assimiler à une aura (1). C'est que, à la vérité, l'accès de migraine ophtalmique offre, dans son mode de début, dans ses symptômes, dans sa terminaison, dans ses suites, une curieuse diversité. Il n'est peut-être pas deux sujets qui le ressentent de la même manière.

Le scotome a des modalités nombreuses, quoique, en réalité, ce soit peut-être le phénomène le plus identique à lui-même chez les divers malades. La migraine existe ou manque ; elle se manifeste dans la région occipitale ou dans la temporale. L'hémiopie, dont nous parlions tout à l'heure, est parfois un signe prédominant. D'autres fois elle fera complètement défaut. Parfois on comptera un nombre variable de petits scotomes incomplets, auxquels succédera un scotome définitif, terminal et classique.

Il y a, ou non, une sensation de vertige, de la contrac-

(1) Il existe, cependant, chez certains sujets des phénomènes prémonitoires d'autre sorte. Une jeune femme de ma connaissance et qui fut atteinte trois fois de migraine ophtalmique à la fin de ses trois grossesses était avertie de la venue de ses accès par des fourmillements des membres et notamment des pieds et des mains.

ture du releveur de la paupière, de la mydraise ou du myosis, une myopie passagère. Enfin on a noté dans quelques cas des phénomènes paralytiques subséquents et de l'embarras de la parole.

L'accès est ordinairement unique, se répétant à intervalles plus ou moins grands. Certains sujets l'ont à date presque fixe, tous les 8 jours ou quotidiennement. Mais il en est qui comptent leurs accès par plusieurs dans la même journée, non constamment, mais pendant plusieurs jours de suite. J'en connais un qui est ainsi atteint de temps à autre, deux, trois et quatre fois par jour ; Fiste-lin a signalé un malade qui eut 10 accès consécutifs dans la même journée ; Dianaux en a connu un autre pour lequel le nombre des accès en vingt-quatre heures est monté à 22. Ces accès se présentent fréquemment en série, pendant une ou plusieurs semaines, série après laquelle le silence se fera pendant une période qui peut se compter par mois ou par années. Parfois, au contraire, ce sont les périodes de calme qui sont l'exception. Figurez-vous donc un homme chez lequel les accès se présentent plusieurs fois par jour pendant plusieurs jours de suite, entraînant toujours à leur suite l'inévitable migraine, empêchant de poursuivre un travail quelconque, du moins quelque peu sérieux, jetant le trouble dans les actes les plus habituels de la vie, laissant le malade dans la crainte perpétuelle de leur retour, amenant à la longue un certain degré de stupeur intellectuelle, ajoutant toujours les uns aux autres les reliquats des points migraineux, et vous comprendrez qu'on ait pu parler de torture et qu'un de nos collègues ait pu dire que la mi-

graine ophtalmique lui avait fait perdre une part appréciable de sa jeunesse.

En somme, de la description que je viens de vous esquisser, il ressort qu'au milieu de ces variations symptomatiques, une sorte de signes reste constante et une seule : ce sont les symptômes visuels. Aussi plusieurs auteurs ont-ils assez justement proposé de modifier le nom donné à la maladie et de l'appeler soit scotome scintillant, soit amblyopie transitoire. Le scotome existant dans quelques autres affections, le dernier de ces noms, proposé par Antonelli, est certainement le plus logique. Mais il risquerait de troubler les idées et, malgré que je le reconnaisse très bien choisi, j'estime qu'étant donnée la fréquence de la migraine dans le syndrome, le nom de migraine ophtalmique peut être conservé sans inconvénients. »

M. le professeur Robin vient de compléter la description de la migraine ophtalmique et en distingue 5 formes.

« 1° Taches noires dans le champ optique, se produisant généralement le matin après le petit déjeuner ; stries brillantes traversant le champ visuel, strabisme. C'est là, en réalité, l'aura migraineuse si fréquente chez le plus grand nombre des malades atteints de cette affection.

2° Le malade éprouve une sensation d'euphorie et de légèreté très caractérisée, puis, au bout de quelque temps, il est surpris par des troubles d'accommodation très intenses ; le champ visuel diminue, on observe de l'hémiopie et en même temps des troubles cardiaques plus ou moins marqués. Les phénomènes optiques s'accroissent, des

apparences géométriques troublent le champ visuel et la scène se termine par l'apparition du scotome scintillant. Chez quelques malades ces troubles s'accompagnent d'une douleur pénible dans les yeux et parfois de troubles congestifs si intenses qu'il se produit des fourmillements dans les membres, parfois de l'impotence musculaire, et certains sujets craignent une attaque d'hémiplégie. Cette crise violente se termine généralement par des phénomènes gastriques et cède la place à une migraine à forme normale.

3° Les deux formes précédentes sont les plus fréquentes ; la troisième et les suivantes sont au contraire beaucoup plus rares.

Dans la troisième forme, on voit des hallucinations visuelles se produire, accompagnées d'une tachycardie qui peut faire monter le pouls jusqu'à 160 pulsations, et parfois, à ce moment, une véritable attaque épileptiforme peut se manifester, attaque qui simule à ce point l'épilepsie qu'il est fort difficile de l'en distinguer.

M. Maurice de Fleury, qui a si bien étudié, à la Société de thérapeutique, l'influence de la digestion sur les crises épileptiques, a montré que très souvent des pseudo-crisés de haut mal n'avaient pas d'autre origine que l'influence du sympathique sur les centres bulbaires. Il est bien probable que les crises auxquelles il fait allusion se rapportent à cette troisième forme de la migraine ophtalmique.

4° Quelques heures après les repas, subitement, le malade éprouve des troubles visuels très marqués, les objets semblent être vus à travers un brouillard, ce

brouillard arrive à masquer complètement l'objet, une lourdeur singulière s'empare des membres, la fonction cérébrale s'obscurcit, le malade ne souffre pas, mais ressent simplement, avec plus ou moins d'intensité, cette disparition de la fonction visuelle et de la fonction cérébrale. La crise aiguë dure plus ou moins longtemps, presque toujours elle est courte, mais sa disparition totale est lente.

5° Dans la dernière catégorie on peut grouper des variétés de formes qui se rapprochent de la précédente. Par exemple, le brouillard n'est plus général, le trouble de la sensibilité visuelle se limite à une certaine zone, et c'est alors que, comme l'a rapporté M. Bouguet, il se produit de véritables découpures dans les images, dont certaines parties se trouvent totalement supprimées. On remarque en outre tous les phénomènes lumineux, décrits par le Rapporteur, il est inutile d'y revenir. Si l'on y fait attention on remarquera que les types les plus fréquents, parmi ceux que nous considérons comme appartenant vraiment au syndrome ophtalmique, c'est-à-dire les deux premières formes, sont ceux qui se rapprochent le plus de la véritable migraine. La troisième forme, assez rare, représente un type qui met en jeu non seulement le centre optique, mais encore le centre bulbaire. »

Nous pouvons ajouter à cette description que :

1° Dans 70 0/0 des cas (nous ne visons ici que les observations personnelles) nous avons constaté que la migraine ophtalmique se déclare le matin quand le ma-

lade reste encore au lit (obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9) et quelquefois même pendant la nuit (obs. V).

2° Contrairement à ce que certains auteurs pensent, dans beaucoup de cas de migraine ophtalmique la céphalée précède les troubles de la vision, (1, 3, etc.).

3° La tension artérielle est augmentée chez ces malades.

CHAPITRE II

THÉORIES DE LA MIGRAINE OPHTALMIQUE

a) *Théories classiques.*

L'accord est loin d'être fait parmi les différents auteurs quand il s'agit d'interpréter la maladie, quand il s'agit de la pathogénie, de l'étiologie et du traitement de cette pénible affection. Plusieurs théories ont été données pour expliquer la migraine ophtalmique. L'une est à base anatomique, c'est la théorie de M. Siegrist ; les autres visent surtout la notion étiologique.

M. Charcot a fait de la migraine ophtalmique un équivalent de l'épilepsie.

A. *Théorie anatomique.* — Pour Siegrist, les phénomènes visuels qu'on observe dans la migraine ophtalmique sont sous la dépendance d'une irritation des centres corticaux de la vision ; cette excitation est due à une anémie cérébrale, qui elle-même résulte d'un spasme vasculaire. M. Hirtz a même tenté de localiser ce spasme dans l'artère calcarine. Le spasme produit de l'anémie et les différents centres corticaux qui se trouvent dans la zone anémiée réagissent suivant leur excitabilité propre ;

comme le centre visuel est le plus irritable, c'est lui qui réagira le premier, d'où différents troubles oculaires qui marchent toujours en tête au cours de la crise.

En second lieu, ce sera la dure-mère qui manifestera son irritation par la migraine, par l'hémicranie. Pour Siegrist, la migraine est sous la dépendance d'une irritation dure-mérienne et il explique l'hémicranie par ce fait que le réseau vasculaire d'un côté du cerveau n'est uni à celui de l'autre côté que par des capillaires et non par des anastomoses artérielles, ce qui empêche les irritations des vaso-moteurs d'un côté de retentir sur ceux du côté opposé.

Quand le spasme est particulièrement intense, d'autres centres corticaux, encore moins sensibles que la dure-mère, vont être irrités à leur tour et on aura différents symptômes associés au scotome scintillant et qui lui seront postérieurs : nausées, vomissements, etc.

Reste à expliquer pourquoi se produit le spasme : on fait alors intervenir le système sympathique (Dubois-Reymond) et on arrive ainsi à une notion étiologique : toutes les causes d'irritation du système sympathique, si elles sont suffisamment intenses, peuvent aboutir à ce spasme vasculaire et déterminer une irritation corticale avec différents troubles consécutifs parmi lesquels le scotome scintillant sera le premier.

La théorie de Siegrist est assez ingénieuse quand il s'agit de la pathogénie, elle synthétise plusieurs autres théories, qui visent surtout la notion étiologique.

B. Théorie étiologiques de la migraine ophtalmique. —

Pour M. Hirtz, ce sont les intoxications d'une façon générale, et particulièrement l'intoxication oxycarbonée,

qui déterminent la migraine ophtalmique, qui n'est comme la maladie de Raynaud qu'une variété du syndrome angiospasmodique. A l'appui de cette théorie, M. Hirtz apporte des observations, où il a pu obtenir la guérison de la migraine ophtalmique avec un régime approprié.

M. le Professeur Robin avec G. Bardet affirment, qu'en examinant de près tous les cas de migraine ophtalmique on trouvera toujours des troubles digestifs derrière ce syndrome, et comme pour eux la migraine ophtalmique n'est qu'une variété des migraines simples, ils ne voient que la dyspepsie qui puisse être capable de provoquer la crise.

M. Leven, lui aussi, attache une très grande importance aux troubles dyspeptiques qui, par une irritation du plexus solaire, sont capables de déclancher la crise de migraine ophtalmique et il apporte en faveur de cette « théorie gastrique » l'influence thérapeutique qui lui a paru évidente au cours de certaines migraines ophtalmiques, de certaines céphalées, etc.

MM. Jacquet, Jourdannet et Aufray font intervenir, comme causes provocatrices, la tachyphagie et l'excès de boisson aux repas.

M. Bouquet admet que le surmenage sexuel joue un grand rôle dans la production de la migraine ophtalmique et il parle dans son rapport de plusieurs observations de sujets qui n'ont présenté de migraine ophtalmique qu'à l'occasion d'excès sexuels ou tout au moins en ont présenté chaque fois que cette étiologie intervenait.

C. M. Dor, de Lyon, voit dans la migraine ophtalmique une manifestation tuberculeuse.

b) *Nouvelle théorie de la migraine ophtalmique.*

On voit combien l'accord est loin d'être entre les différents auteurs que nous avons cités plus haut.

N'étant pas du même avis sur la cause provocatrice, les cliniciens ne le peuvent être fatalement quand il s'agit de traiter la maladie.

Nous voulons apporter dans ce travail une nouvelle théorie de la migraine ophtalmique, une théorie beaucoup plus générale et qui pourra synthétiser et mettre d'accord toutes les autres; nous voulons parler de la théorie de M. Léopold Lévi sur l'origine endocrinique de la migraine ophtalmique; cédon-lui la place pour donner plus de clarté à l'exposé.

Le facteur pathogénique le plus important est le *tempérament* qui explique l'association, à la migraine ophtalmique, d'autres syndromes, ainsi que leurs alternances.

Or, le tempérament communément admis chez les migraineux ophtalmiques est le tempérament *neuro-arthritique*.

Ce tempérament neuro-arthritique, mal défini jusqu'à ces derniers temps, est dominé par le *mauvais fonctionnement des glandes endocrines*, et toute une série de mes travaux, avec H. de Rothschild, nous ont conduits à reconnaître un *neuro-arthritisme thyroïdien*.

Cette théorie d'origine endocrinique de la migraine ophtalmique est intéressante en ce sens qu'elle englobe, synthétise toutes les autres théories et apporte beaucoup de clarté quand il s'agit du traitement.

Elle suppose que la migraine ophtalmique ne se dé-

veloppe que sur un terrain préparé d'avance par les troubles de sécrétion interne et en particulier par le trouble de la fonction thyroïdienne. Le mauvais fonctionnement de la glande engendre l'instabilité de la sécrétion, et une fois l'instabilité établie les causes qui seront capables de provoquer la crise de migraine ophtalmique seront multiples et pourront même se remplacer les unes les autres. Par exemple, un sujet cité par M. Bouquet, a sa crise par intoxication oxy-carbonée, mais aussi pour d'autres causes.

Cette théorie est d'accord avec la théorie dyspeptique en ce sens que les troubles digestifs peuvent déclencher la crise chez un sujet qui est préparé d'avance. Les viciations alimentaires, les intoxications ne provoqueront pas la migraine ophtalmique chez tout le monde, mais seulement chez les sujets atteints d'une instabilité, soit thyroïdienne, soit ovarienne ou autre ; et nous avons vu certains cas (obs. 2) où la migraine ophtalmique a pu provoquer des troubles digestifs par une absorption trop grande de différents cachets antinévralgiques et où ces troubles digestifs sont devenus secondairement le point de départ des crises.

Nous pouvons appliquer le même raisonnement pour toutes les autres causes capables de provoquer la crise de migraine ophtalmique.

En somme, les troubles digestifs, de même que les intoxications et surtout l'intoxication oxy-carbonée, de même que le surmenage sexuel, ne sont que des agents provocateurs qui, sur un tempérament préparé d'avance par le trouble de sécrétion interne et en particulier par l'instabilité thyroïdienne, sont capables de déclencher la crise.

CHAPITRE III

Voyons maintenant quels sont les arguments en faveur de la théorie thyroïdienne de la migraine ophtalmique.

Nous avons rassemblé dans notre travail 23 observations de migraine ophtalmique dont 10 nous sont personnelles. Nous allons d'abord donner l'exposé de ces 23 cas, puis nous tâcherons de démontrer quelles sont les raisons qui justifient la théorie que nous apportons.

OBSERVATIONS

Toutes nos observations personnelles ont été prises à la *Polyclinique H. de Rothschild* à la consultation de M. Léopold Lévi.

OBSERVATION I (*Personnelle*).

M^{me} B., âgée de 52 ans, ménagère.

A. H. — Mère morte à la suite d'une maladie de poitrine.

Père mort à l'âge de 45 ans, à la suite d'une maladie de cœur.

A. P. — Rougeole à l'âge de 5 ans, à l'âge de 18 ans une forte angine qui a duré 3 semaines.

La malade a eu ses premières règles à l'âge de 12 ans et est très bien réglée depuis ; se marie à 20 ans, elle fait 4 grossesses normales et les enfants se portent bien ; pas de fausses couches.

H. M. — Depuis que la malade se connaît elle était toujours sujette aux maux de tête, tous les 8 ou 15 jours elle avait une céphalée très forte qui de temps en temps était accompagnée de vomissements. Cette céphalée était surtout nocturne et

tellement forte qu'elle réveillait la malade ; la durée était habituellement de deux jours.

Dès que les règles se sont installées, les maux de tête sont devenus plus forts, les vomissements sont devenus plus fréquents et chaque fois la migraine durait 3 à 4 jours.

Cette migraine suivait toujours les époques menstruelles à un ou deux jours d'intervalle.

A partir de l'âge de 18 ans la malade commence à présenter des troubles passagers de la vision. Ces troubles la prennent surtout le matin et commencent par un mal de tête qui dure une heure à peu près ; au bout de ce temps commencent les troubles visuels ; elle voit des cercles comme si elle regardait le soleil, des petits points noirs dansants, puis la vue devient tout à fait trouble ; par moment elle ne voit que des parties d'un objet, ces troubles durent deux heures à peu près et sont suivis de vomissement, d'un très fort mal de tête pendant 24 heures ; le lendemain la malade est brisée, courbaturée et incapable de faire aucun travail. Jusqu'à l'âge de 36 ans, la malade a régulièrement ses migraines ophtalmiques tous les mois.

Pendant les grossesses, la malade a eu ses migraines comme d'habitude, de même que pendant et après la ménopause.

En 1900, la malade est prise de douleurs aiguës rhumatismales pour lesquelles elle entre à l'hôpital Laënnec dans le service de M. le Dr Hirtz ; elle y reste pendant 7 mois, et elle sort très améliorée de son rhumatisme, mais nullement de sa migraine ophtalmique. Pendant que la malade souffrait de son rhumatisme les migraines ont augmenté d'intensité. 2 ans après, la malade fait une nouvelle crise de rhumatisme qui a duré 6 mois.

Tout en continuant à avoir ses migraines la malade fut prise, en août 1912, de douleurs tellement fortes qu'elle ne pouvait plus quitter le lit.

Le 8 février 1913 on ramène la malade en voiture (elle ne pouvait plus marcher) à la consultation de M. le Dr Léopold Lévi où nous l'examinons.

Tout d'abord nous sommes frappés de son visage, qui est type myxoédémateux, ses mains et ses pieds sont légèrement enflés, de même que les genoux ; elle est fatiguée et dort beaucoup ; elle a toujours eu froid aux extrémités ; elle a une mauvaise dentition et il lui manque seize dents ; par moment elle présente des bouffées de chaleur, pas de palpitations, elle a commencé à blanchir depuis l'âge de 36 ans, est très émotive, se met facilement en colère ; la mémoire est bonne, l'intestin fonctionne bien ; pas de varices ; il y a trois ans elle a eu des coliques néphrétiques, jamais de coliques hépatiques. Ses articulations sont douloureuses et elle ne peut faire aucun mouvement sans ressentir de fortes douleurs rhumatismales. De temps en temps, depuis une quinzaine d'années, elle présente certains troubles digestifs (renvois, aigreurs, mais jamais de gastralgie).

On voit donc qu'on a à faire à un sujet instable au point de vue thyroïdien avec maximum d'hypothyroïdie et on commence le traitement avec des cachets de 0 gr. 025 de corps thyroïde, un tous les jours. On revoit la malade le 18 février et on constate qu'elle a déjà moins froid aux extrémités, que l'appétit est sensiblement amélioré ; cette semaine elle n'a pas souffert de maux de tête. On augmente la dose et on donne deux cachets de 0 gr. 025 par jour ; nous revoisons la malade tous les 8 jours et nous constatons que

l'amélioration va en augmentant; le 1^{er} avril nous notons que la céphalée et les troubles oculaires n'existent plus, la malade souffre moins de ses rhumatismes; les mouvements articulaires sont devenus plus libres. On augmente encore la dose et désormais la malade va prendre tous les jours 1 cachet de 0 gr. 10 de corps thyroïde.

Actuellement, à la date du 31 mai 1913, la malade est transformée. Depuis le commencement du traitement, c'est-à-dire depuis bientôt 4 mois, elle n'a pas eu une seule fois de crise de migraine ophtalmique, tandis qu'avant elle en avait au moins une tous les mois.

Son appétit est très bon et on lui a fait même remarquer qu'elle mange trop; elle est capable actuellement de se peigner et de se débarbouiller, tandis qu'avant elle ne pouvait faire aucun mouvement sans provoquer des douleurs très fortes; elle marche toute seule depuis un mois, ce qui lui était impossible avant le traitement.

En même temps elle est devenue moins agacée, elle n'est plus frileuse comme elle l'était avant, elle souffre encore de douleurs rhumatismales, mais ces douleurs sont incomparablement moins fortes, que celles qu'elle avait avant.

A différentes reprises nous avons constaté que la tension artérielle est augmentée chez cette malade avec maxima de 21 et minima de 11 (Pachon).

Résumé. — Nous nous trouvons en présence d'une malade qui présente l'instabilité thyroïdienne avec maximum d'hypothyroïdie. Cette malade depuis sa première enfance est sujette aux migraines simples à caractère nocturne et depuis l'âge de 18 ans cette migraine est devenue ophtalmique, se

répétant tous les mois et suivant à un ou deux jours d'intervalle les époques menstruelles. A partir de l'âge de 36 ans la malade fait à différentes reprises des manifestations rhumatismales.

Le traitement opothérapeutique au bout du huitième cachet de 0 gr. 025 de C. T. fait disparaître la migraine ophtalmique, qui depuis n'a pas reparu. La grossesse et la ménopause n'ont en rien influencé cette migraine.

OBSERVATION II (*Personnelle*)

M^{me} M., âgée de 40 ans.

A. H. — Pas d'antécédents particuliers.

A. P. — Fièvre typhoïde à l'âge de 18 ans ; a fait trois grossesses normales ; deux de ses enfants sont morts en nourrice, le troisième est bien portant ; pas de fausses couches.

H. M. — La malade vient à la Policlinique H. de Rothschild à la consultation de M. le Dr Léopold Lévi le 15 juin 1912 et se plaint de migraines accompagnées de troubles de la vision dont elle souffre depuis deux ans et demi.

Toujours bien portante, elle a commencé il y a 4 ans à présenter des troubles menstruels ; très bien réglée depuis l'âge de 13 ans, elle commence à partir du mois de février 1908 à avoir ses époques deux fois par mois et au bout de 3 à 4 mois à perdre régulièrement tous les jours.

Ces troubles sont survenus sans que la malade sache pourquoi.

Les pertes sanguines n'étaient accompagnées d'aucun

phénomène douloureux, ne présentaient pas de mauvaise odeur et ce n'est que sur l'instance de ses intimes que la malade se décide au bout de 6 mois à consulter un médecin.

On la soigne pendant 18 mois dans la clinique Pereire avec des pansements, mais elle continue à perdre tous les jours. On conseille un curettage ; la malade consent et entre à l'hôpital Cochin où elle est soignée par M. le Dr Fouchard ; on fait le curettage qui n'apporte aucune amélioration dans l'état de la malade ; elle prétend même qu'à cette époque les pertes sanguines sont devenues beaucoup plus abondantes.

A ce désordre dans la sphère génitale sont venus se surajouter, il y a 3 ans à peu près, de très forts maux de tête. Toutes les semaines, et pas moins de 3 fois par mois, la malade éprouvait de très vives douleurs qui siégeaient dans la région temporale, tantôt à droite, tantôt à gauche, mais plus fréquemment à droite, quelquefois dans la région occipitale. La durée de cette céphalée était de quelques heures, quelquefois d'une journée ; pas de vomissements à cette époque, ni de troubles visuels. Avec des cachets d'antipyrine, d'aspirine, etc., la malade calmait la céphalée, mais elle était obligée d'en prendre de fortes doses (jusqu'à 2-3 grammes) par jour, et pendant 4 à 5 mois elle absorbait une très forte quantité de ces médicaments. Au bout de ce temps les cachets n'ont plus d'action sur les maux de tête, mais ils ont déterminé une perturbation dans la fonction digestive. La malade qui, jusqu'à cette époque, n'a jamais souffert de l'estomac est obligée de suivre un régime sévère et le moindre écart lui donne des pesanteurs, des renvois, des douleurs.

Depuis 1910 la malade présente des troubles passagers de la vision et à partir de ce moment son existence devient

atroce. Deux fois par semaine, pendant deux ans à peu près, la malade éprouve de très violentes crises de migraine ophtalmique. C'est généralement en se levant et avant même de quitter son lit que la crise se déclanche. Ce sont les troubles de la vue qui commencent les premiers : elle voit des points noirs dansants, des éclairs ; des lignes de feu sinueuses, en zig-zag ; ensuite viennent des nausées, qui sont toujours suivies de vomissements très abondants, biliaires.

La crise dure depuis le matin jusqu'à l'après-midi et le lendemain la malade est très fatiguée, brisée.

Au mois de janvier 1911 la malade a eu 2 crises de colique hépatique à 8 ou 10 jours d'intervalle et à la suite de sa dernière crise elle est restée jaune pendant 15 jours.

Depuis la dernière crise de colique hépatique la malade est au régime et chaque fois qu'elle fait un écart de régime elle est sûre d'avance d'avoir une crise de migraine.

Le 15 juin 1912 la malade présentant toujours des troubles menstruels à côté de sa migraine ophtalmique, consulte M. le Dr Léopold Lévi.

Voici ce que nous notons chez cette malade. Elle a commencé à blanchir depuis *l'âge de 13 ans* et perd depuis beaucoup de cheveux. La malade dit que son cou gonfle avant chaque crise de migraine ; elle transpire beaucoup, salive beaucoup, elle est très émotive, éprouve souvent des battements de cœur, des angoisses ; d'autre part, elle a froid aux extrémités, peu d'appétit ; depuis son enfance elle est très constipée et peut rester plusieurs jours sans aller à la selle, si elle ne prend pas des laxatifs. Elle a beaucoup de varices depuis son premier accouchement il y a 20 ans à peu près ; elle a une mauvaise dentition et on lui a arraché il y a 8 ans 13 dents ;

elle s'enrhume facilement; d'habitude elle est très fatiguée et dort beaucoup.

De l'analyse de ces petits symptômes nous concluons, que nous nous trouvons en présence d'une malade instable au point de vue de sa fonction thyroïdienne à maximum d'hypothyroïdie et on commence le traitement avec des cachets de 0 gr. 005 de corps thyroïde; la malade supporte bien la dose. Pendant 9 mois elle en absorbe tous les jours 0 gr. 005; au bout de deux mois de traitement on obtient une amélioration assez nette; les migraines s'espacent, elle ne les a qu'une fois par semaine au lieu de deux et passe quelquefois une semaine sans avoir rien du tout.

Au bout de 4 mois de traitement la malade reste pendant 6 mois tout à fait bien et n'a pas eu de crise une seule fois; mais a continué toujours à prendre 0 gr. 005 de corps thyroïde par jour. Au bout de ce temps la migraine ophtalmique est revenue, probablement parce que la dose de 0 gr. 005 est devenue insuffisante; mais cette fois-ci la migraine venait une fois par semaine (tous les dimanches) et sa durée était moins longue (2 à 3 heures au lieu d'une demi-journée).

Le 15 avril 1913 la malade revient et on porte la dose à 0 gr. 025 de corps thyroïde par jour; ces cachets font avorter les crises et dissocient la migraine ophtalmique; la malade n'a plus de troubles oculaires mais une fois par semaine elle éprouve une céphalée lourde, pas de vomissements. Nous revoyons la malade le 20 mai 1913. Pendant la semaine du 13 au 20 mai elle a eu une fois seulement un mal de tête qui n'a duré qu'une demi-heure.

C'est la première fois depuis qu'elle a recommencé le traitement que la céphalée dure si peu. De plus, la malade se sent

beaucoup mieux d'une façon générale et a engraisé de 9 livres depuis un an.

En même temps le traitement opothérapique a beaucoup amélioré la dysménorrhée.

Au bout de deux mois de traitement, sans que la malade n'ait fait aucune médication, les pertes sanguines au lieu d'être journalières se montrent toutes les 3 semaines seulement, mais la durée est de 8 jours. La malade ajoute que, avant d'avoir ses époques, elle se sent comme enflée de partout, mal à l'aïce, mais elle éprouve un grand soulagement dès que les règles viennent.

La constipation chez notre malade n'est nullement influencée par le traitement, mais cela tient uniquement à ce que la dose du médicament est insuffisante. A différentes reprises nous avons mesuré la tension artérielle chez cette malade et nous lui avons trouvé une tension au-dessus de la normale ayant comme moyenne maxima 18 et minima 10,5.

Résumé. — Sujet instable à maximum d'hypothyroïdie. Troubles menstruels depuis 5 ans. Deux ans après, céphalée qui se transforme en migraine ophtalmique au bout de quelques mois. La malade qui n'a jamais souffert de l'estomac avant les migraines commence à présenter des troubles digestifs à la suite d'une absorption d'une quantité assez grande de médicaments. Avec le traitement thyroïdien on obtient un très bon résultat et la malade reste pendant 6 mois sans présenter des migraines.

Une rechute, survenue au bout de 6 mois, est de nouveau améliorée en augmentant les doses et cette fois le traitement

dissocie la migraine et fait disparaître en première ligne les troubles oculaires.

OBSERVATION III (*Personnelle*)

Mme F., 30 ans, couturière.

A. H. — Pas d'antécédents pathologiques directs ; la sœur de la malade a des migraines depuis l'âge de 16 ans.

A. P. — A eu des convulsions à l'âge de 2 ans (?) à la suite desquelles elle a gardé un strabisme interne de son œil gauche.

Réglée à l'âge de 15 ans ; elle est mal réglée pendant 2 ans ; au bout de ce temps elle se marie et depuis les règles viennent régulièrement.

Il y a 6 ans la malade a subi pour une grossesse extra-utérine l'hystérectomie et depuis elle est sujette aux maux de tête. Chaque mois pendant deux jours, qui correspondent exactement aux jours de ses époques, elle présente une céphalée très forte, qui siège dans la moitié droite de la tête, pas de vomissements ; en même temps elle a beaucoup de bouffées de chaleur.

Au bout d'un an la malade a commencé à présenter des troubles passagers de la vision ; c'est généralement le matin en se réveillant et quand elle reste encore au lit que les troubles de la vue se déclarent.

C'est une céphalée forte qui commence, et 1 ou 2 heures après, la vue de la malade devient trouble ; elle a comme un voile devant ses yeux et est incapable de fixer un objet. Tout cela dure quelques minutes et de temps en temps elle voit

des lignes de feu sinueuses, des zig-zag, des arcs-en-ciel.

Au mois de novembre 1912, à la suite de grands ennuis d'ordre intime, la malade a fait une très forte crise de migraine ophthalmique; cette fois-ci elle a souffert pendant 2 mois de suite et a été obligée de s'aliter; tous les jours elle avait des vertiges, souvent mal au cœur et puis de très vives céphalées; elle souffrait de la tête presque continuellement, avec paroxysmes une fois par semaine; à chaque instant elle avait des bouffées de chaleur; les troubles oculaires venaient plusieurs fois par semaine et étaient toujours précédés par de la céphalée; mais jamais de vomissements. En même temps elle présentait un état psychique spécial: chaque fois qu'elle se trouvait seule elle sentait toujours la présence de quelqu'un derrière elle; elle prétend même avoir entendu la respiration et la voix de cette personne imaginaire.

Vers la fin du mois de décembre la malade vient consulter à la Polyclinique H. de Rothschild.

Voici ce que nous constatons chez elle.

Elle est très constipée, peut rester 8 à 10 jours sans aller à la selle; elle a froid aux extrémités; d'autre part, elle est très nerveuse et a beaucoup de palpitations.

Le 28 décembre 1912 on commence le traitement avec 0 gr. 025 de corps thyroïde par jour.

Nous revoyons la malade à la date du 18 janvier 1913; elle a pris en tout 13 cachets et est déjà assez améliorée; les vertiges, les maux de têtes, de même que les palpitations, ont complètement disparu; la malade qui, à la suite de sa crise de novembre 1912, était obligée de rester deux mois au lit, est en état de recommencer à travailler; mais elle a encore ses troubles psychiques et ses troubles oculaires. On continue

le traitement. 8 jours après, la malade est revue ; elle supporte bien la médication et on continue le traitement. A la fin du mois de mars on obtient un très bon résultat : les troubles de la vue s'atténuent beaucoup, finissent par disparaître de même que les troubles psychiques. On suspend alors le traitement ; la malade reste dans un très bon état pendant le mois d'avril, mais à la fin de ce mois elle présente une nouvelle crise de migraine ophtalmique ; cette fois les maux de tête étaient moins forts qu'avant et n'ont duré qu'une journée.

Le 26 avril on recommence le traitement ; on essaie d'augmenter la dose, et on donne deux cachets de 0 gr. 025 par jour ; la malade ne les supporte pas bien et on revient à la dose de 0 gr. 025 par jour.

Le 8 mai M. le Dr Cantonet a bien voulu examiner le fond d'œil de notre malade, mais n'a trouvé rien de spécial.

27 mai 1913. — Depuis le 8 mai la malade n'a nullement souffert de ses migraines et est dans un très bon état.

Résumé. — Anovarie chirurgicale ;

Etat migrainoïde avec bouffées de chaleur depuis l'opération ;

Au bout d'un an migraine ophtalmique, à la suite de chagrins très forts, la migraine ophtalmique se complique de troubles psychiques.

Avec le traitement thyroïdien on fait disparaître d'abord l'état migrainoïde puis les troubles de la vue et l'état psychique en dernier lieu.

On suspend le traitement et la migraine apparaît moins forte et s'atténue de nouveau dès la reprise du traitement.

OBSERVATION IV (*Personnelle*)

M^{me} P., âgée de 27 ans, ménagère.

A. H. — Mère asthmatique et obèse ; père rhumatisant et migraineux ; grand'mère paternelle de même que la grand-mère maternelle étaient asthmatiques ; le fils de la grand'mère paternelle était rhumatisant.

Il y avait dans la famille 7 enfants ; 2 sont morts en bas âge (?), les 5 autres sont vivants et sont tous sujets aux rhumatismes.

A. P. — Née à terme ; coqueluche à l'âge de 6 ans ; réglée à 15 ans, elle est mal réglée jusqu'à l'âge de 20 ans ; elle a eu toujours des avances de 8 jours ; la durée des époques était de 7 à 8 jours ; à 20 ans elle se marie et depuis cette époque les règles ne durent que 4 jours mais elle a toujours des avances.

Elle a fait 3 grossesses : une normale et deux avant terme (7 mois 1/2, 8 mois) ; tous les enfants sont vivants et sont sujets aux rhumatismes ; les deux dernières grossesses ne sont pas du même père que la première et la dernière née a des crises d'épilepsie avec un Wassermann positif.

H. M. — La malade a commencé à souffrir de maux de tête depuis le moment où elle fut réglée et la céphalée coïncidait exactement avec les époques menstruelles ; elle souffrait de maux de tête aussi en dehors de ses règles, mais la durée était moindre et les douleurs étaient moins vives. Très peu de temps après, cette céphalée s'est transformée en

migraine et chaque fois que la malade avait des maux de tête, les vomissements suivaient toujours. La migraine venait habituellement le matin et ne se dissipait que dans la soirée ; la douleur siégeait toujours dans la région temporale gauche. Vers l'âge de 25 ans la malade a souffert de douleurs rhumatismales, principalement dans les genoux et dans les coudes.

Pendant les 3 grossesses, surtout pendant les 6 derniers mois de chacune d'elle, la malade n'a nullement souffert de sa migraine. Mais dès qu'elle était délivrée, les migraines sont revenues et dans les premiers mois qui ont suivi la grossesse, elles étaient plus fortes que d'habitude.

Le 15 avril 1912 la malade consulte M. Leopold Lévi et voici ce que nous trouvons chez elle : on constate un léger œdème sous-palpébral, elle a froid aux extrémités, est très constipée, très fatiguée ; elle a une mauvaise dentition, de la gingivite ; varices aux membres inférieurs ; transpire beaucoup ; elle a un caractère très irritable, surtout depuis un an.

On commence le traitement opothérapique avec 0 gr. 025 de corps thyroïde par jour. Dès le huitième cachet on obtient une amélioration, qui va en augmentant ; les migraines deviennent moins fréquentes et la douleur devient moins vive. Pendant 9 mois la malade continue à prendre tous les jours un cachet de 0 gr. 025 de C. T. Au bout de ce temps les migraines ont complètement disparu, et il ne subsiste qu'une lourdeur de tête qui survient une fois par mois (toujours aux époques menstruelles) et qui ne dure qu'une ou deux heures. En même temps on a amélioré beaucoup l'état général de la malade ; elle a moins froid aux extrémités ; l'intestin fonctionne bien, elle est moins nerveuse.

La malade reste 2 mois $1/2$ sans traitement ; elle n'a pas eu de crise de migraine, mais a présenté des douleurs rhumatismales.

Au mois de mars 1913 la malade a commencé à présenter des troubles visuels. C'est uniquement l'œil gauche qui est atteint (la migraine était toujours localisée dans la région temporale gauche). Chaque fois que la malade fait un effort quelconque, quand elle veut lire ou fixer un objet, un brouillard passe devant l'œil gauche et pour voir clair la malade est obligée de cacher son œil malade avec la main ; l'œil droit voit alors très bien. Par moment elle voit toujours avec l'œil gauche des dents de scie multicolores qui tournent devant elle. Ces troubles de la vue ne durent que quelques minutes, quelquefois même quelques secondes, mais peuvent revenir 12, 15 fois par jour. On donne de nouveau des cachets de 0 gr. 025 de corps thyroïde, un tous les jours.

10 mai 1913. — La malade va très bien au point de vue de sa migraine, mais les troubles de la vue ne sont pas améliorés par le traitement.

Résumé. — Hérité neuro-arthritique ; instabilité thyroïdienne, désordres ovariens ; migraine simple depuis l'âge de 15 ans ; migraine compliquée de troubles visuels depuis deux mois.

Ce traitement thyroïdien a fait disparaître les migraines et n'a pas beaucoup influencé les troubles de la vision.

OBSERVATION V

(La première partie de cette observation figure dans la discussion de M. Leopold Lévi sur le rapport de M. Bouquet ; la seconde moitié nous est personnelle).

CAS I. — Homme consulté en février 1909, à l'âge de 56 ans ; il présente, depuis 24 ans, des crises de migraine ophtalmique. Subitement, devant un œil ou l'autre, avec parfois changement d'œil, au cours de la crise, il voit : 1^o des objets brillants qui forment des zig-zags, comme quand on a regardé le soleil en face. Quelquefois il éprouve un éblouissement ; 2^o des objets noirs, comme s'ils étaient vus dans la pénombre, dans un brouillard. Puis survient un mal de tête temporal. La douleur se prolonge 6 heures, parfois 36 heures. Elle peut rester latente et reparaitre par la toux. La crise est précédée de sueurs chaudes, suivie d'une sensation de glace le long de la colonne vertébrale, accompagnée parfois de nausées et de coliques.

La fréquence des crises était irrégulière. Depuis 3 ans, il en éprouve tous les 8 jours le mercredi. On peut relever, en outre, une calvitie débutant à 20 ans, accentuée depuis 32 ans. Il a eu de la diarrhée par crises, ayant duré jusqu'à deux mois, cinq garde-robes par jour. Il est facilement énervé. En février 1909, traitement thyroïdien par cachets de 0 gr 025.

Dès le début du traitement, les crises s'espacent à 8, 10, puis à 13, 67, 80, 120 jours, puis 5 mois. De mai 1910 à

mai 1911, il a eu deux crises insignifiantes. Une grippe en janvier 1912 n'a pas ramené de trouble oculaire.

En outre, les crises s'atténuent. Le mal de tête qui durait au minimum 6 heures, ne dure plus que 3 heures, 1 heure et demie, une demi-heure, en même temps il diminue comme intensité. Les troubles oculaires arrivent à ne plus durer, qu'un quart d'heure.

En même temps, il se refait une repousse de cheveux purement expérimentale (une quinzaine, noirs) 10 à 12 centimètres. L'énervement diminue, l'état général est meilleur.

Le malade revient à la Polyclinique H. de Rothschild le 14 avril 1913 et nous raconte que depuis un mois la migraine ophtalmique est revenue. Pendant plus de 10 mois (le malade est venu la dernière fois au mois de juillet 1912) il n'a eu aucune manifestation de sa migraine, mais l'absence du traitement thyroïdien pendant un temps si long l'a mis en état de moindre défense et les migraines se sont réinstallées de nouveau. Cette fois-ci le malade n'a pas attendu longtemps et au bout de sa 3^e crise il est venu demander des cachets. On donne de nouveau 0 gr. 025 de corps thyroïde par jour et actuellement, à la date du 27 mai 1913, le malade est complètement guéri (depuis le 14 avril il n'a eu aucun accès).

La tension artérielle de ce malade est très augmentée ; la pression maxima est de 29, la minima de 16,5 (Pachon).

Nota. Ce malade a eu sa migraine ophtalmique 3 ou 4 fois pendant la nuit et très souvent l'accès s'est déclaré le matin.

OBSERVATION VI (*Personnelle*).

M. M., âgé de 31 ans, employé.

A. H. — On trouvera ces antécédents dans l'observation n° 5 qui appartient au père de ce malade.

A. P. — A eu toutes les maladies d'enfance.

H. M. — Depuis que le malade se connaît, il est toujours sujet aux rhumes et aux bronchites, il les a eus, régulièrement plusieurs fois par an jusqu'à l'âge de 24 ans.

A partir de ce moment, sans que le malade sache pourquoi, les bronchites disparaissent et sont remplacées par des céphalées, qui viennent régulièrement 3 fois par mois à n'importe quel moment de la journée, mais plus fréquemment le matin.

Le mal de tête dure d'habitude quelques heures, mais tous les 3 mois le malade présente une véritable migraine avec vomissement, qui dure 36 heures.

Vers l'âge de 26 ans le malade commence à présenter des troubles visuels.

Brusquement, à n'importe quel moment de la journée, sans cause appréciable, le malade est pris d'un éblouissement qui dure une 1/2 heure environ : un brouillard passe devant les yeux, la vue se trouble, il ne voit que des parties d'un objet placé devant lui ; il voit en même temps des lignes de feu sinueuses, des zig zags, des éclairs, etc. ; au bout d'une demi-heure la vue devient normale, mais le malade souffre de la tête pendant plusieurs heures. Ces crises qui, en somme, sont

supportables pour le malade le prennent deux fois par mois. Mais tous les 3 mois le malade présente une très forte crise de migraine ophthalmique : l'éblouissement au lieu d'être unique comme d'habitude se répète plusieurs fois de suite à 10 ou 15 minutes d'intervalle (pas d'avertissement pour le second éblouissement). A la suite d'une pareille crise le malade présente une céphalée très vive avec des vomissements abondants ; il est obligé de s'aliter pendant 24 heures.

Le 27 avril 1913 on commence le traitement thyroïdien avec des cachets de 0 gr. 025 un tous les deux jours.

Au bout de 8 jours nous revoyons le malade ; il supporte bien la dose et n'a eu qu'une fois un léger mal de tête ; on augmente la dose et on donne tous les jours un cachet de 0 gr. 025.

Le 27 mai 1913. — Depuis un mois que le malade est au traitement il n'a pas eu de troubles oculaires, tandis que, avant le traitement, il les avait deux fois par mois ; la céphalée a disparu et est remplacée par une légère lourdeur de tête.

Résumé. — Nous nous trouvons en présence d'un malade neuro-arthritique héréditaire.

Cette diathèse commence à se manifester chez lui, dès son enfance, par des rhumes et des bronchites qui surviennent plusieurs fois par an.

A partir de 24 ans, ces rhumes et bronchites disparaissent complètement et, fait très intéressant, sont remplacés par d'autres manifestations de son tempérament neuro-arthritique ; ce sont les migraines simples d'abord qui deviennent ensuite des migraines ophthalmiques.

Avec le traitement thyroïdien (0 gr. 025 par jour), on arrive à supprimer les troubles visuels dans un espace d'un mois.

OBSERVATION VII (*Personnelle*)

M^{me} D., âgée de 33 ans, mécanicienne.

A. H. — Père mort à la suite d'une tumeur d'estomac ; mère bien portante ; la grand'mère maternelle était migraineuse.

A. P. — S'est soignée depuis son enfance pour de l'anémie ; réglée à 16 ans, elle passe une année sans rien voir et de 17 jusqu'à 20 ans elle ne voit que 3 fois par an. A partir de ce moment, les époques menstruelles sont régulières.

H. M. — Depuis l'âge de 14 ans, la malade souffre de maux de tête ; la douleur n'a pas de siège déterminé, vient deux fois par semaine et dure 5 à 6 heures, quelquefois toute une journée et alors la céphalée s'accompagne de vomissements.

A l'âge de 22 ans, la malade était soignée pour de la dilatation d'estomac.

A 24 ans, la malade a fait une grossesse et pendant toute la durée de celle-ci les migraines ont complètement disparu.

A 28 ans, la malade a commencé à présenter des troubles de la vision : tous les 3 mois, elle présente une hémianopsie droite qui survient en dehors des migraines et qui dure 2 à 3 heures, quelquefois toute une journée. Un éblouissement de quelques secondes de durée précède toujours l'hémianopsie.

M. Bonnier a fait à cette malade 3 piqûres intranasales sans aucun résultat thérapeutique.

Le 8 avril 1913, nous examinons cette malade et nous constatons chez elle quelques signes d'instabilité thyroïdienne avec un maximum d'hyperthyroïdie.

On commence le traitement avec 0 gr. 005 de corps thyroïde par jour.

On revoit la malade au bout de 8 jours et on porte la dose à 0 gr. 025 par jour.

Le 6 mai la malade revient. On ne constate pas beaucoup d'amélioration ; elle a ses migraines comme d'habitude ; comme à l'ordinaire, elle est obligée de prendre des cachets de pyramidon, mais elle vomit moins souvent.

A la date du 20 mai 1913, les migraines sont moins fortes et elle ne vomit plus depuis le 6 mai. La malade dit qu'elle se sent mieux d'une façon générale ; elle peut porter plus aisément sa petite fille qui, loin de maigrir, engraisse.

Pour la dernière fois, nous avons vu notre malade le 27 mai 1913. Pendant la semaine du 20 au 27, elle a eu deux fois de la céphalée sans vomissement.

A différentes reprises, nous avons constaté que la tension artérielle est augmentée et oscille entre maxima 19 et minima 10,5.

Résumé. — Troubles ovariens.

Migraine simple depuis l'âge de 14 ans ; migraine ophtalmique dissociée depuis 5 ans.

La grossesse a eu une action bienfaisante sur la migraine.

Avec le traitement thyroïdien, on fait tout d'abord dimi-

nuer, puis disparaître les vomissements ; on atténue beaucoup les migraines au point de vue fréquence et durée.

Nous ne pouvons rien dire sur la modification des troubles oculaires, étant donné que la malade ne les a que tous les 3 mois et qu'il ne s'est pas encore écoulé ce temps depuis que nous la suivons.

OBSERVATION VIII (*Personnelle*)

M. Ch., âgé de 34 ans, mécanicien.

A. H. — Père a souffert beaucoup de rhumatismes.

Mère se plaignait toujours de maux de reins.

Son frère cadet souffre de douleurs rhumatismales ; sa sœur a de la sciatique.

A. P. — Pas d'antécédents particuliers.

Le malade vient le 3 mai 1912 à la Polyclinique H. de Rothschild à la consultation de M. le D. Léopold Lévi ; il se plaint de douleurs rénales dont il souffre depuis 3 ans.

En interrogeant le malade, nous apprenons que depuis deux ans il présente deux ou trois fois par semaine des maux de tête qui le prennent à n'importe quel moment de la journée et qui durent quelques heures sans être suivis de vomissements.

La douleur siège dans la région temporale tantôt à droite, tantôt à gauche.

Le malade présente en outre des différents troubles oculaires qui se déclarent chez lui à la suite de la moindre contrariété, à la suite du moindre effort d'attention. Quand son patron,

par exemple, lui demande certains détails sur un ouvrage ; la crise peut apparaître, c'est alors un brouillard qui passe devant ses yeux et qui cache tantôt la moitié droite, tantôt la moitié gauche de l'ouvrage et il lui est impossible de voir distinctement. Ces troubles durent $1/2$ heure $3/4$ d'heure et laissent une forte migraine pendant 24 heures.

Après la crise les yeux sont rouges, enflés. Le moindre effort intellectuel détermine chez le malade de très forts maux de tête.

Il est intéressant de noter le détail suivant : quand les maux de tête sont très forts, le malade ne souffre presque pas de douleurs rénales ; au contraire, quand les douleurs rénales sont violentes son esprit est très lucide.

En examinant de plus près notre malade, nous constatons qu'il est très frileux, qu'il perd beaucoup de cheveux, qu'il est très constipé, qu'il se fatigue facilement et dort beaucoup.

D'autre part, il a souvent des bourdonnements d'oreille, mange beaucoup, a souvent des battements de cœur et est d'un caractère irritable, émotif.

Le 3 mai on commence le traitement avec 0 gr. 025.

10 mai 1913. — Pendant cette semaine le malade n'a eu qu'une migraine au lieu de deux ou trois qu'il avait chaque semaine auparavant ; on augmente la dose, on la porte à 2 cachets de 0 gr. 025 par jour.

31 mai. — Les troubles oculaires sont atténués et le malade n'a qu'un très léger voile qui disparaît au bout d'une $1/2$ heure. Les maux de reins persistent. Depuis le 10 mai le malade n'a eu que 3 crises de très courte durée. En somme, il est sensiblement amélioré.

OBSERVATION IX (*Personnelle*)

Mme Ch., âgée de 29 ans, ménagère.

A. H. — Mère a souffert beaucoup de l'asthme et est morte à l'âge de 45 ans subitement.

Père, rien de particulier.

La sœur de la malade se soigne pour de l'obésité et est atteinte d'eczéma de la face.

A. P. — Fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans.

Premières règles à 16 ans ; a fait 3 fausses couches et une grossesse normale.

H. M. — A la suite de très forts chagrins, il y a 8 ans à peu près, la malade a commencé à souffrir d'insomnie et peu de temps après de très forts maux de tête. La céphalée venait tous les jours, se déclarait de préférence le matin, durait 2 à 3 heures et laissait après elle une lourdeur et une fatigue, qui se prolongeaient pendant toute la journée. De temps en temps la malade avait des nausées, mais jamais des vomissements.

Au bout d'un an cette migraine s'est compliquée de troubles oculaires et depuis bientôt 7 ans la malade présente des crises de migraines ophtalmiques qui se répètent plusieurs fois par mois. Les troubles de la vue (arcs-en-ciel, des zig zags lumineux, etc.) durent une demi-heure, mais laissent une très forte céphalée pendant 12 à 24 heures. Pendant que la malade était enceinte, les migraines ont disparu pour revenir tout de suite après.

Depuis 8 mois à peu près la malade présente en outre certains troubles nerveux ; elle éprouve des peurs inexplicables, elle a peur de traverser la rue, de rester seule dans sa chambre ; de temps en temps tout son corps tremble et elle ne se sent pas dans son état normal.

1^{er} février 1913. — Nous examinons la malade et nous constatons qu'elle a toujours froid aux extrémités, ses pieds sont glacés, elle n'a pas beaucoup d'appétit ; de temps en temps elle ressent des douleurs dans les bras et dans les extrémités ; elle se fatigue très facilement.

D'autre part, son cou est gros dans son ensemble, elle est d'un caractère très irritable, se met facilement en colère, souffre de la diarrhée et a beaucoup de bouffées de chaleur. On met la malade au traitement opothérapique avec 0 gr. 005 de corps thyroïde par jour. Au bout de 15 jours de traitement on obtient une amélioration ; les migraines s'espacent, sont d'une durée moins longue et les céphalées sont moins vives.

Le 15 février on augmente la dose et la malade prend depuis ce moment un cachet de 0 gr. 025 tous les jours. Vers la fin du mois d'avril les migraines disparaissent, la malade n'a plus de diarrhée.

Nous avons revu la malade pour la dernière fois le 27 mai 1913. Pendant tout le mois de mai elle n'a eu aucune crise tandis qu'avant elle en avait plusieurs par mois ; elle se sent mieux d'une façon générale, les troubles nerveux ont disparu, elle a moins froid aux extrémités et est moins nerveuse. La tension artérielle est augmentée : maxima 18, minima 9.

OBSERVATION X (*Personnelle*).

M. C., âgé de 54 ans, cordonnier.

A. H. — Mère morte à l'âge de 63 ans paralysée.

Père mort à l'âge de 65 ans après plusieurs attaques apoplectiformes.

A. P. — Le malade était soigné avec succès par M. Léopold Lévi pour un rhumatisme chronique thyroïdien de l'épaule et du genou gauche.

H. M. — Le 15 avril 1913 le malade vient de nouveau à la Polyclinique H. de Rothschild et nous raconte qu'il y a 4 jours il fut pris brusquement, sans aucun prodrome, de troubles oculaires. Il était en train de livrer son travail quand tout d'un coup sa vision est devenue complètement trouble, et il se trouva mal à son aise ; la jambe et le bras gauche sont devenus engourdis ; quelques minutes après il est survenu une hémianopsie droite. Pas de perte de connaissance. Vers 10 heures du soir de la même journée le malade, qui jusqu'alors n'a jamais souffert de la tête, a éprouvé pour la première fois une très forte céphalée dans la région temporale gauche. Pendant 4 jours la céphalée resta toujours localisée dans le même endroit ; pas de vomissement.

On commence le traitement thyroïdien avec 0 gr. 025 par jour ; après le quatrième cachet, la céphalée a complètement disparu, mais l'hémianopsie persiste.

On continue le traitement.

Actuellement, à la date du 20 mai 1913, le champ visuel

du malade devient de plus en plus grand, mais il voit encore trouble.

La tension artérielle chez ce malade est :

Maxima 22, minima 12.

(Communiquée par M. le Dr Léopold Lévi).

Mlle P., âgée de 26 ans.

Amémorrhée congénitale avec atrophie des seins et rétraction du mamelon. La malade a une sœur qui, jusqu'à la naissance de son premier enfant, n'était réglée qu'une ou deux fois par an. Pas d'antécédents particuliers, sauf la fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans.

La malade est grande, bien portante et a une très belle chevelure.

Depuis l'âge de 17 ans jusqu'à 21 ans la malade a eu de la migraine ophtalmique ; les troubles oculaires consistaient en hémianopsie ; elle voyait trouble comme quand on regarde le soleil. Tous ces troubles étaient suivis de maux de tête et de vomissements. Vers 21 ans tous ces troubles ont disparu *spontanément*.

Actuellement elle présente très rarement de la céphalée, mais qui n'est pas suivie de vomissements.

La malade n'avait jamais des bouffées de chaleur.

Cette observation est intéressante dans ce sens qu'elle permet de comprendre l'origine endocrinique de la migraine ophtalmique. Cette malade à l'âge de 17 ans peut être comparée à une femme au cours de sa ménopause. Ici et là il s'est produit une perturbation dans les fonctions de la sphère génitale ; ici et là également au bout d'un certain temps l'or-

ganisme s'est adapté, et comme des troubles de la ménopause sont passagers et disparaissent spontanément, de même la migraine ophtalmique chez notre malade a disparu au bout de 4 ans.

(*Communiquée, par M. le Dr Léopold Lévi.*)

M. S. âgé de 19 ans).

A. H. — Père mort d'angine de poitrine, était cholémique et a eu des hémorroïdes ; mère albuminurique et sourde ; a blanchi de très bonne heure.

A. P. — A eu de l'eczéma prolongé de l'oreille actuellement guéri ; fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans.

Depuis 7 à 8 ans le malade est atteint de migraines simples, qui, au bout d'un an, se sont transformées en migraines ophtalmiques. Les troubles de la vue (scotome scintillant et hémianopsie) précèdent toujours d'un quart d'heure les maux de tête ; en général pas de vomissements, ni de nausées.

Il a un corps thyroïde volumineux et présente un syndrome basedowiforme sous l'influence de la moindre émotion ; acroasphyxie et petitesse de taille ; souffre des hémorroïdes ; a souvent des bouffées de chaleur.

Une fois, la migraine ophtalmique s'est déclarée aussitôt après que le malade eut regardé le soleil.

Dans les urines du malade on trouve 7 grammes de sucre par litre.

(*Communiquée par le Dr L. Lévi.*)

M^{lle} C., âgée de 12 ans.

A. H. — Mère souffre de migraines simples ; grand'mère maternelle a aussi souffert de migraines.

Père, rien de particulier.

Le frère du côté paternel est atteint de migraine ophtalmique.

A. P. — Depuis l'âge de 4 ans elle a des maux de tête ; quand elle était encore toute petite voilà comment elle définissait son mal : « Je ne sais pas ce que j'ai ; je me sens drôle ». Elle accusait des engourdissements dans les bras, dans les gencives et dans la langue, et cela toujours d'un même côté.

Depuis son enfance elle est frileuse, constipée, très nerveuse ; elle a souvent des cauchemars.

A l'âge de 6 ans elle a commencé à présenter des troubles visuels ; scotome scintillant et hémianopsie.

Le 9 août 1910 M. le Dr L. Lévi voit la malade et constate chez elle différents troubles nerveux : fourmillement, la langue est enflée, elle a peur d'être étouffée.

On commence le traitement avec des doses de 0 gr. 025.

Actuellement elle est beaucoup améliorée, elle est moins nerveuse et les migraines sont moins fréquentes. Elle a absorbé jusqu'à présent 240 cachets de 0 gr. 025 de corps thyroïde.

OBSERVATION IV (1)

CAS II. — Enfant soigné à l'âge de 13 ans $1/2$, en décembre 1910, pour des migraines presque quotidiennes qu'il éprouvait depuis l'âge de 10 ans.

(1) Cette observation de même celles qui vont suivre sont dues à M. Léopold Lévi ; elles figurent dans le bulletin de la Société de thérapeutique du 8 avril 1913 et nous les reproduisons avec l'autorisation de l'auteur.

Hérédité endocrinique (mère thyro-ovarienne, transformée par l'opothérapie d'une psychasthénie). Instabilité thyroïdienne (rhumatisme dans les jambes, surtout à l'âge de 6 ou 7 ans, urticaire. Appétit irrégulier, intestin paresseux, froid aux yeux, très fatigué, enrrouement, grande soif, nervosisme, etc.). Amélioration immédiate et continue. Guérison.

D'abord migraine commune. Sous influence du traitement par cachet de 0 gr. 005, les crises s'espacent, diminuent d'intensité, se désagrègent et 4 mois après le début du traitement, commencé le 2 décembre 1910, la mère de l'enfant considère celui-ci comme guéri. Le traitement a agi simultanément contre l'urticaire, la paresse de l'intestin, l'enrouement, la fatigue, le refroidissement des extrémités.

L'enfant allait très bien, était devenu jeune homme, avec début de barbe, il était passé de 6^e en 4^e quand, fin octobre 1911, il fut repris de migraines s'accompagnant cette fois d'éblouissements. Il a eu deux autres migraines avec scotome le 8 et le 14 novembre. La dernière s'est accompagnée d'hémianopsie qui a duré 1 heure. Il a été « comme abruti » à la suite. D'autres migraines ophtalmiques se sont répétées jusqu'au 17 décembre 1911. L'une d'elles (15 décembre), s'est accompagnée d'aphasie transitoire. Il avait été remis au traitement thyroïdien, d'une façon suivie, et travaillé à la maison. Depuis le 17 décembre 1911, il n'a plus éprouvé (25 février 1912) aucune céphalée, aucune amblyopie, aucun scotome. Il se porte admirablement bien. De l'urticaire s'est reproduite récemment. Reprend le traitement thyroïdien.

OBSERVATION V

13 ans. Crises survenant depuis un an et régulières depuis 4 mois, de migraine ophtalmique débutant par des troubles visuels sous forme de points rouges qui grossissent, puis deviennent obscurs, se traduisant ensuite par des nausées, de la céphalée frontale, de ptyalisme, le tout l'obligeant à prendre le lit pendant $1/4$ d'heure, $1/2$ heure.

Fatigue continue, douleurs dans l'aîne droite, frilosité extrême, mains et pieds bleuâtres. Engelures, somnolence, constipation, gonflement des paupières, tics nerveux, microsphymacie, tics de la face.

Dès le début du traitement, crise avortée de 2 à 3 minutes, ne se traduisant que par un point rouge. Amélioration générale. Le pouls devient sensible après l'ingestion de 20 cachets de 0 gr. 025.

OBSERVATION VI

Jeune fille de 30 ans, fait partie d'une famille de thyroïdiens et a une sœur atteinte de migraine simple. Elle-même (16 juin 1908) était prise, depuis 4 ans, de rhumatisme chronique bénin et de migraine ophtalmique. Le début se fait par un voile au devant des yeux, comme lorsqu'on regarde fixement le soleil, les objets sont ensuite voilés, puis survient de la céphalée qui dure 2 heures ou davantage, ou

parfois fait défaut. La migraine ophtalmique se reproduisait une dizaine de fois par mois. Il existe quelquefois pendant $1/4$ d'heure, $1/2$ heure, $3/4$ d'heure, une hémianopsie verticale ou horizontale. Fatigue, froid aux pieds, frilosité, idées noires et hypothyroïdie paroxystique au moment des crises de rhumatisme. Sensation de gorge enflée, besoin d'air, battement de cœur. Pouls 108. Instabilité pileaire, hypertrichose sourcilière.

Sous l'influence du traitement thyroïdien (0 gr. 025) associé au traitement par le corps jaune, amélioration générale, amélioration du rhumatisme (La malade peut retourner au bal plusieurs semaines de suite). A partir du 10 juillet, elle n'a pas eu de maux de tête. Une fois, avant les règles, elle a eu un voile sur les yeux, qui a à peine duré.

De juillet à fin septembre, à trois reprises, trouble oculaire, mais instantané. Deux fois il a duré $1/2$ heure, sans céphalée.

De septembre à mars 1909, deux ou trois fois brouillard devant un œil qui a duré deux secondes, sans céphalée.

De mars à novembre, elle n'a plus de céphalée. Elle a encore eu trois crises de voile oculaire, qui ont duré 5 minutes.

En décembre, elle n'accuse plus de migraine.

Elle est prise de remords, de scrupules, d'idées de persécutions, d'hallucinations, d'idées de suicide.

OBSERVATION VII

Dame de 60 ans présente, depuis une quinzaine d'années, des crises répétées de migraine ophtalmique (ondes qui vont en s'agrandissant). Le plus souvent devant l'œil droit. Fréquemment des nausées coïncident. Le scotome est suivi d'hémianopsie. En même temps se produit de la céphalée. Le tout dure une heure environ.

Sous l'influence du traitement thyroïdien appliqué à la malade pour toute une série de troubles d'instabilité thyroïdienne (fatigue, enflure des pieds et des mains, constipation, frilosité, vertiges, rhumatisme. Nervosité, surexcitation, juvénilité persistante, démangeaisons, battements de cœur, angoisses, etc.), elle s'améliore d'une façon générale.

Dès les 10 premiers cachets, la migraine s'est accompagnée d'un aspect moins brouillé des objets. Une rechute survient à la suite d'un refroidissement fin septembre. Mais en novembre les migraines ont, pour ainsi dire, disparu. Ultérieurement, malgré des variations dans la santé, l'apparition d'un eczéma séborrhéique des pieds et de la jambe, les migraines ne reviennent plus. Réapparition légère en février 1912 à la suite d'une grippe déprimante.

OBSERVATION VIII

Malade de 36 ans, atteinte de sciatique et de migraine ophthalmique. Début des migraines à l'âge de 12 ans, devenues plus fortes et accompagnées de vomissements vers 14 ans, ont disparu pendant une grossesse. Migraines tous les mois vers le 20, sans relation avec les menstrues irrégulières, et qui manquent parfois plusieurs mois. En même temps étourdissements, vertiges, chaleurs, battements dans l'œil, vision ombrée, hémianopsie. Les migraines durent d'une demi-journée à une journée ne nécessitant pas le lit. Neuro-arthritisme thyroïdien.

Le traitement (0 gr. 025), qui, a amélioré, puis guéri la sciatique datant d'un an, continue depuis 6 mois, espace les migraines, et diminue leur intensité. De fin octobre 1908 à avril 1909, elle a deux migraines en novembre, deux en décembre, une faible et une forte, une très courte en janvier. La dernière survint le 26 mars et dure un quart d'heure.

OBSERVATION IX

Dame de 47 ans, souffre de la tête tous les jours, depuis 10 ans, surtout à droite.

A certains jours, nausées, vomissements, vertiges et aussi

scotome, hémianopsie. En plus, spasmes de la face et de l'œil et parésie du droit supérieur droit.

Frilosité, gonflement, lassitude, apathie, tristesse, constipation. Aménorrhée depuis 10 ans. Bouffées de chaleur, étouffements, angoisses, crises de diarrhée.

Le traitement commencé récemment (15 cachets à 0 gr. 005 de corps thyroïde) diminue le gonflement, réchauffe la malade, réduit la fatigue, augmente le courage, l'énergie, règle l'intestin, atténue les bouffées de chaleur.

La céphalée reste quotidienne, mais a une tendance à s'atténuer, ainsi que les spasmes de la face et de l'œil. Une seule fois scotome scintillant et hémianopsie droite (avec céphalée moyenne).

OBSERVATION X

Femme de 35 ans. Asthme familial depuis 4 ans. Obésité, instabilité thyroïdienne à maximum d'hyperthyroïdie. Depuis 13 ans, à la suite du sevrage de son enfant, migraine commence. Restée parfois 2 ou 3 ans sans en avoir. Depuis un an, migraine ophtalmique. Céphalée presque quotidienne, surtout à gauche 2 heures environ après, vomissements répétés. A parfois des vomissements isolés. Il y a un an (février 1912) troubles de l'ouïe, de la vue, elle est tombée sans connaissance, a uriné sous elle, s'est mordu la langue. Bouche de travers, aphasie transitoire. Parésie transitoire des membres gauches. Le traitement récent (par cachets de 5 milligr.) diminue les céphalées, la tendance à

vomir, atténue la fatigue, les douleurs, les crises d'asthme, pas de migraine ophtalmique depuis le début de février 1913.

OBSERVATION XI

Malade de 40 ans, venue consulter pour de l'acné et des bouffées de chaleur, ménopause chirurgicale il y a un an.

Réglée à 18 ans. Depuis ce temps tous les mois aux règles, céphalée, à laquelle succèdent, devant l'œil droit, des papillons argentés, des zigzags noirs, de l'hémianopsie. Le tout d'une durée de 24 heures. Vertiges, tremblement, mais pas de vomissements.

A la suite de l'opération, cinq jours de troubles de la vue. Depuis un an, elle n'a eu que 5 migraines ophtalmiques au lieu d'une par mois avant l'opération. Le traitement thyroïdien (0 gr. 05) agit sur sa frilosité, ses bouffées de chaleur, son appétit, son acné. Une crise de migraine, très atténuée au point de vue oculaire, et pour l'intensité et la durée de l'ensemble des phénomènes.

OBSERVATION XII

Malade de 37 ans, fait partie d'une famille thyroïdienne. Instabilité thyroïdienne à forme de myxœdème. Migraine ophtalmique dissociée. Souffre de la tête. Troubles visuels

dissociés. Le tout s'améliore par le traitement thyroïdien à petites doses. Rechute après cessation du traitement.

Nouvel effet bienfaisant de la médication, lorsqu'elle est reprise, notamment pour la céphalée et la vision ombrée des objets.

OBSERVATION XIII

(*Communiquée par le Dr Léopold Lévi.*)

Dame de 73 ans ; instabilité thyroïdienne, à maximum d'hyperthyroïdie ; juvénilité persistante ; légère exophtalmie ; fille neuro-arthritique, migraineuse, avec asthme nasal transformé par la thyroïdothérapie.

Elle-même atteinte de rhumatisme chronique, souffre depuis l'enfance de migraines unilatérales, qui la forcent à prendre le lit et s'accompagnent de vomissements. En outre existent des troubles visuels, sous forme de scotome scintillant.

Mais, fait particulier, céphalée et troubles oculaires ne siègent pas du même côté. Quand la céphalée est à droite, le scotome est à gauche et inversement. Tous ces troubles surviennent parfois deux fois la semaine et ne sont guère plus de trois semaines sans revenir. La malade souffre en plus d'une céphalée en barre quotidienne.

Soumise à la thyroïdothérapie, la malade se sent mieux de sa céphalée dès les premiers cachets (septembre 1909). La céphalée en barre s'atténue. Celle-ci reste tout d'abord 15 jours sans revenir. La malade ne ressent pas non plus de troubles oculaires. Au mois d'octobre, il n'existe plus de cé-

phalée, les migraines ne sont pas revenues. La malade ne s'en plaint que très rarement. Toutefois, pendant un séjour au mois de septembre à Dax, elle en éprouve encore deux, mais plus faibles. A Pâques 1911, il n'existe plus de migraines. Aux dernières nouvelles, les migraines ne se reproduisent plus (avril 1913).

En résumé, nos cas au nombre de 23 concernent 5 hommes, 15 femmes et 3 enfants; le plus jeune est âgé de 12 ans, le plus vieux de 73 ans.

De l'analyse de ces observations on peut tirer les arguments suivants, qui sont en faveur de la théorie de M. Léopold Lévi sur l'origine thyroïdienne de la migraine ophtalmique.

1° Tout d'abord chez tous nos sujets atteints de cette affection nous avons constaté différents signes de l'instabilité thyroïdienne (frilosité, constipation, chute précoce des cheveux, anorexie, somnolence, etc., d'un côté; transpirations abondantes, nervosisme, diarrhée, palpitations, etc., d'un autre côté).

Nous rappelons que, d'après MM. Léopold Lévi et H. de Rothschild, l'instabilité thyroïdienne est un syndrome interposé entre le myædème et la maladie de Basedow, et dont la forme qui comporte des paroxysmes d'hyperthyroïdie réactionnelle se superpose au neuro-arthritisme.

2° Influence de la vie génitale féminine.

a) La grossesse peut avoir une influence autothérapeutique très nette sur la migraine d'une façon générale, et dans nos cas de migraine ophtalmique cette influence était positive dans les cas nn. 4, 7, 9, 18.

D'autre part, M. Bouquet rapporte l'observation d'une de ses malades qui a présenté à la fin de 3 grossesses de la migraine ophtalmique. Parmi nos malades les nn. 1 et 7 n'étaient nullement améliorées par la grossesse.

b) Nous voyons les mêmes phénomènes se produire pendant l'âge critique de la femme : la ménopause peut influencer favorablement la migraine ophtalmique (cas 21) ou au contraire être la cause provocatrice de la migraine (cas nn. 3, 19 ménopause chirurgicale);

c) Le début de la migraine ophtalmique coïncide souvent avec le début de la menstruation (cas n. 4). Les règles ont aggravé la migraine ophtalmique (cas n. 2), la migraine ophtalmique est survenue après l'hystérectomie (cas n. 3).

Cette influence de la vie génitale de la femme sur la migraine ophtalmique démontre qu'il existe un rapport très étroit entre la fonction thyroïdienne et ovarienne, et ceci explique encore pourquoi la migraine ophtalmique est plus fréquente dans le sexe féminin.

3° Les accès de migraines ophtalmiques sont influencés par les émotions, qui, comme l'a démontré M. Léopold Lévi, exercent une action sur la fonction thyroïdienne (voir notre cas n. 8).

4° Chez les sujets atteints de migraine ophtalmique on constate, souvent, des syndromes d'instabilité thyroïdienne, modifiés par la thyroïdothérapie (rhumatisme cas nn. 1, 9 ; urticaire, cas n. 14, etc.).

5°. Il existe une migraine thyroïdienne ; or, pour beaucoup d'auteurs, la migraine ophtalmique n'est qu'une variété de migraine.

6° Mais c'est surtout sur le traitement opothérapique que s'appuie la théorie de M. Léopold Lévi sur l'origine thyroïdienne de la migraine ophtalmique.

En effet, fait très impressionnant, mais qui, peut-être, n'est dû qu'à une heureuse série, sur 23 cas de migraine ophtalmique que nous avons rassemblés, le traitement a agi très favorablement dans 10 cas.

Dans beaucoup de cas (nn. 1, 2, 7, 9, etc.) les résultats étaient immédiats et continus; dans d'autres, les crises sont devenues moins intenses et moins longues (n. 7). Le traitement a dissocié la migraine et a fait disparaître la céphalée, tandis que les troubles de vue étaient faiblement influencés (nn. 9, 4).

(Les rechutes après une accalmie qui a duré 6 mois (obs. n. 2), un mois (n. 3), 9 mois (n. 5), etc., ont été de nouveau vite améliorées ou guéries par le traitement.

En résumé, en se basant sur les différents arguments que nous avons apportés plus haut, on peut conclure que la migraine ophtalmique est dans la grande majorité des cas (nous n'avons pas vu assez de malades pour conclure à l'exclusivité) d'origine thyroïdienne et nous proposons d'appeler cette variété de migraine ophtalmique, migraine ophtalmique type Léopold Lévi.

Cette migraine ophtalmique thyroïdienne ne diffère en rien de la migraine ophtalmique simple. Comme la dernière elle présente beaucoup de variétés. Nos 23 cas peuvent être divisés en plusieurs groupes :

1° Dans la majorité des cas, les troubles oculaires sont les premiers symptômes au cours de la crise (cas n. 2).

Ces troubles oculaires sont :

a) Dans la majorité des cas, bilatéraux ;

b) Quelquefois unilatéraux n° 4, 17, 21.

2° La durée habituelle de ces troubles est très courte, de quelques secondes à quelques minutes, mais quelquefois la durée peut être beaucoup plus longue, les crises peuvent se répéter à chaque instant et constituer un véritable *état de mal* (n. 4).

3° Les troubles oculaires peuvent être tout à fait indépendants des migraines, c'est l'*amblyopie transitoire* (n. 7).

4° Dans le cas n. 10, les troubles oculaires sont tellement persistants et prolongés qu'on peut se poser la question de savoir s'il ne s'agit pas d'une hémorragie cérébrale légère.

5° Les vomissements, nausées et vertiges accompagnent souvent la migraine ophtalmique. On peut expliquer ceci, par les connexions qui s'établissent quelquefois entre le centre ophtalmogène dont nous avons parlé plus haut et qui figure sur le schéma ci-dessous et les centres de la neuvième paire (nausées), de la dixième (vomissements), du noyau de Deiters (vertiges) (nn. 2, 3, 9).

6° La migraine ophtalmique peut être accompagnée de :

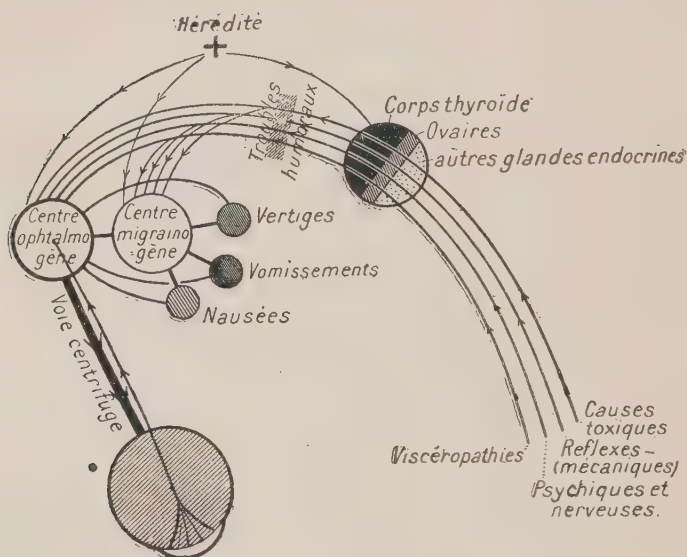
a) Troubles psychiques (cas nn. 3, 9, 16) ;

b) Troubles organiques : aphasie, cas n. 14 ; crise apoplectiforme et épileptiforme, cas 17, engourdissements dans la moitié du corps, cas n° 13.

Nous avons constaté de l'hémianopsie dans 8 cas sur les 23 que nous avons rassemblés.

Reste à expliquer maintenant comment le corps thyroïde agit soit pour produire, soit pour atténuer la migraine ophtalmique.

Nous reproduisons ici le schéma que M. Léopold Lévi a présenté à la Société de thérapeutique et qui résume d'une façon générale toute la question.



Ce schéma suppose un centre ophtalmogène avec une voie centripète et une voie centrifuge. La voie centripète représente toutes les causes capables de provoquer la crise de migraine ophtalmique. Pour la commodité on peut répartir les causes en : reflexes (troubles digestifs, utéro-ovariens), toxiques (intoxication oxycarbonée ou alimentaire), psychiques (émotions), et endotoxiques (maladie du foie, du rein). Il faut encore ajouter quelques

causes provocatrices qui se trouvent sur la voie centrifuge (troubles de réfraction, la lumière solaire) et qui établissent les phénomènes visuels de la migraine ophtalmique par un mécanisme de court-circuit.

Entre le centre ophtalmogène, qui est tout près du centre migrainogène, et les causes provocatrices, se trouve interposé l'ensemble des glandes endocrines qui, par leur mauvais fonctionnement, déterminent des troubles humoraux. Si on y ajoute l'hérédité névropathique qui est fréquente chez les sujets atteints de migraine ophtalmique, on trouvera un organisme qui, sous l'influence de n'importe quelle cause, fera de la migraine ophtalmique.

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE OPHTALMIQUE THYROIDIENNE

Sans se lancer dans des détails nous voulons seulement attirer l'attention sur les points suivants :

1° L'ingestion est la seule voie médicamenteuse à utiliser dans le traitement avec le corps thyroïde ;

2° Il faut se servir d'une préparation de corps thyroïde desséchée à froid dans le vide et qui provient d'une glande saine.

3° Avant de commencer tout traitement il faut bien examiner le sujet pour savoir s'il est en hypo ou hyper-fonctionnement thyroïdien, c'est-à-dire savoir quels sont les signes de l'hypo ou de l'hyper-thyroïdie qui prédominent.

4° Dans les premiers jours il faut être attentif aux effets de la médication, il faudra surveiller les malades :

a) Par le pouls ; s'il dépassait 100, 110, on serait amené à diminuer, puis à supprimer le traitement :

b) Par la balance : une diminution considérable et continue du poids indiquera que le traitement doit être suspendu ;

c) Il faudra suspendre d'habitude la médication pendant les menstrues, qui déterminent, en général, de l'hyperthyroïdie.

On peut commencer le traitement avec 0 gr. 005 de corps thyroïde par jour. On revoit le malade au bout de 4 à 5 jours. Si la dose est bien supportée (si le malade n'a pas eu de palpitations, de la diarrhée, des émotions), on peut vite augmenter la dose et donner 0 g. 025 de corps thyroïde par jour. C'est la dose de 0 gr. 025 qui nous a paru la meilleure dans le traitement de la migraine ophtalmique.

Dans 12 cas, cette dose était suffisante pour guérir ou atténuer considérablement la migraine. Si cette dose est parfaitement supportée on peut encore l'augmenter et en donner deux de 0 gr. 025 par jour ; mais dès que les phénomènes d'intolérance se produisent, on doit revenir à la dose de 0 gr. 025 par jour (cas 3).

Dans le n° 1 nous sommes allés jusqu'à donner 0 gr. 10 par jour et nous n'avons pas dépassé cette dose.

6° L'emploi du corps thyroïde n'est pas dangereux ; à condition de bien surveiller les malades on peut se mettre à l'abri de tout incident sérieux.

7° On peut commencer le traitement à n'importe quel âge du malade et ce traitement doit être prolongé.

CONCLUSIONS

1° Plusieurs théories classiques (à base anatomique, à base étiologique) expliquent, dans une certaine mesure, la migraine ophtalmique.

Le but de notre travail est d'apporter des arguments pathogéniques et thérapeutiques en faveur de la théorie thyroïdienne de la migraine ophtalmique.

2° L'existence de la migraine ophtalmique thyroïdienne s'appuie :

a) Sur la coexistence chez les sujets atteints de migraine ophtalmique des syndromes thyroïdiens, des symptômes thyroïdiens.

b) Sur l'influence, sur cette migraine, des incidents de la vie génitale féminine, qui par contre-coup perturbent la fonction thyroïdienne.

c) Sur les bons résultats du traitement opothérapique.

3° La migraine ophtalmique thyroïdienne est fréquente; elle n'est qu'une variété de la migraine commune, qui elle-même est fréquemment thyroïdienne. Elle peut être, en effet, précédée de migraine simple et,

pendant la crise, la céphalée peut précéder les troubles oculaires. Variable dans ses aspects, la migraine ophtalmique thyroïdienne ne diffère en rien au point de vue séméiologique de la migraine ophtalmique commune.

4° Nous avons relevé :

a) Le début matinal de la crise ;

b) L'élévation de la pression artérielle chez nos sujets.

5° Le traitement de la migraine ophtalmique chez des sujets thyroïdiens consiste dans l'emploi de corps thyroïde à faible dose (0 gr. 005 0 gr. 025 ; 0 gr. 10) sous surveillance médicale. Le traitement doit être prolongé.

Vu : le président de la thèse,

ROGER.

Vu le Doyen.

D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONELLI. — L'amblyopie transitoire, *Arch. de Neurol.*, 1892.
- BONNIER. — *Presse Médicale*, n° 14, 18 févr. 1903.
- BOUQUET. — Rapport sur la migraine ophtalmique, *Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1913.
- BRISSAUD. — Migraine, *Traité de médecine et thérapeutique*, t. X, p. 688.
- CHARCOT. — *Polyclinique du mardi*, 22 nov. 1867.
- CONSIGLIO. — *Gazetta degli ospedali et delle cliniche*, n° 139.
- DUBOIS REYMOND. — Zur Kenntniss der Hemicranie, *Arch. für Anatomie*, 1840.
- FÉRÉ. — Migraine ophtalmospasmodique, *Rev. de Méd.*, n° 12, 1897.
- GORDON. — *Thérapeutique gazette*, XXXI, p. 849.
- HITZ. — *Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1913.
- HIRTZ. — *Bulletin médical*, 20 déc. 1901.
- KOVALESSKIF. — *La migraine et son traitement*, Vigot frères, 1902.
- LEOPOLD LEVI. — *Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1913.
- *La petite insuffisance thyroïdienne*, D. Doin et fils, 1913.
- LEVEU. — *Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1913.
- SIEGRIST (A.). — *Mittheilungen aus kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz*.
-

Imprimerie de la Faculté de Médecine, Jouve et C^{ie}, 15, Rue Racine.
